

REQUISIÇÃO DE EXAMES

INSTITUIÇÃO	MÉDICO SOLICITANTE
Procedência:	Médico:
Contato:	CRM:
E-mail:	E-mail:
Telefone: ()	Telefone: ()

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome Civil:	Gênero de Identificação:	Gênero Biológico:	Idade:	Data Nasc.:
Nome Social: <small>(Se aplicável)</small>	CPF:	Telefone: ()	E-mail:	
Endereço:	Cidade:	Estado:	CEP:	
Nome da mãe:				

INFORMAÇÕES DO MATERIAL ENVIADO

___ bloco(s) identificado(s) como _____	___ lâmina(s) identificada(s) como _____	PROCEDIMENTO MÉDICO / FIXAÇÃO	ENVIO
___ frasco(s) identificado(s) como _____	Localização: _____	Data: ___ / ___ / ___	Data: ___ / ___ / ___
		Hora: ____ : ____	Hora: ____ : ____

EXAMES SOLITADOS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Exame Histopatológico | <input type="checkbox"/> IHQ para pesquisa de câncer de próstata |
| <input type="checkbox"/> Exame histopatológico + imuno-histoquímica (IHQ) | <input type="checkbox"/> IHQ para linfonodo sentinela de: <input type="checkbox"/> carcinoma <input type="checkbox"/> Melanoma |
| <input type="checkbox"/> Revisão de lâmina / caso | <input type="checkbox"/> IHQ para pesquisa de instabilidade de micro-satélite |
| <input type="checkbox"/> Revisão de lâmina / caso + Imuno-histoquímica (IHQ) | <input type="checkbox"/> IHQ para classificação de adenoma de hipófise |
| <input type="checkbox"/> IHQ para classificação de linfoma | <input type="checkbox"/> IHQ para classificação de tumor cerebral |
| <input type="checkbox"/> IHQ para sítio primário de adenocarcinoma | <input type="checkbox"/> Imuno-citoquímica |
| <input type="checkbox"/> IHQ para identificação de neoplasia indiferenciada | <input type="checkbox"/> Patologia renal (Histopatológico + Histoquímica + Imuno-histoquímica + Imunofluorescência) |
| <input type="checkbox"/> IHQ para painel de fatores prognósticos / preditivos de câncer de mama molecular (RE, RP, c-erbB-2 / HER2, Ki67) | <input type="checkbox"/> FISH para: _____ |
| <input type="checkbox"/> IHQ para painel de fatores prognósticos / preditivos de câncer de mama padrão (RE, RP, c-erbB-2 / HER2) | <input type="checkbox"/> CISH para: <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> EBV |
| <input type="checkbox"/> IHQ para receptores hormonais (RE e RP) | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> PanTRK / NTRK | |

INFORMAÇÕES PARA ENVIO DO LAUDO

- Impresso Site E-mail Médico E-mail Paciente E-mail Procedência Outro: _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS E LABORATORIAIS

(Medicamentos, exames complementares, hipótese diagnóstica)

<p>CONSENTIMENTO DO CLIENTE / MÉDICO SOLICITANTE PARA REALIZAÇÃO DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICO</p> <p>Eu, médico(a) identificado na requisição de exame anatomo-patológico, declaro ter autorização do paciente, também identificado nesta requisição, para realização de seu exame anatomopatológico pela equipe do laboratório Fonte Medicina Diagnóstica,</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo a doação de partes de blocos de parafina, fragmentos de tecidos e lâminas anatomopatológicas, para controle de qualidade e pesquisa científica</p>	<p>ASSINATURA e CARIMBO</p>
--	------------------------------------

INFORMAÇÕES DE PAGAMENTO

- Convênios
- Particular
- Outro

